

Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rilevazione di un campione di gestanti italiane¹

Anna Maria Della Vedova, Benedetta Ducceschi, Nicoletta Pelizzari,
Bruno Mario Cesana, Antonio Imbasciati

• Introduzione

La promozione della salute mentale in gravidanza e nei primi mesi dopo il parto è un tema di notevole rilevanza per le conseguenze che stati di disagio psicologico materno comportano, non solo per la salute della donna e del bambino ma per l'intero nucleo familiare. Uno dei rischi associati alla maternità è la depressione, spesso aggravata dalla presenza di stati d'ansia (Austin *et al.*, 2007; Monti, Agostini, 2006). Mentre i disturbi dell'umore del post partum sono stati studiati e classificati (O'Hara, Swain 1996), solo recentemente è stato considerato anche il periodo della gravidanza. A tale proposito, si è evidenziato come la sintomatologia ansiosa e depressiva in gravidanza, risulti simile, quando non superiore, a quella del post partum. La prevalenza di sintomi depressivi in gravidanza si attesta intorno al 10-20% (Evans *et al.*, 2001) mentre la prevalenza di sintomatologia ansiosa è stimata tra il 33-50% (Lee *et al.*, 2007; Faisal-Cury A., Rossi Menezes P., 2007; Grant *et al.*, 2008). Questi dati rivestono una particolare importanza dal momento che studi recenti hanno potuto evidenziare le conseguenze degli stati emotivi ma-

1 Questo progetto è realizzato grazie ai fondi della Sovvenzione Globale INGENIO erogati dal Fondo Sociale Europeo, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dalla Regione Lombardia.

terni, in particolare ansia e depressione, sullo sviluppo del sistema nervoso fetale, sul decorso della gravidanza, sulle complicanze ostetriche e sullo sviluppo psicomotorio del bambino (Della Vedova, 2008). La gravidanza rappresenta una fase psicologicamente complessa nella vita della donna. Oltre alle trasformazioni sul piano biologico, la maternità implica nuovi ed importanti equilibri riguardo all'identità di coppia e sociale nonché una ridefinizione dell'identità individuale (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1959; Ammaniti *et al.*, 1995; Mastella, 2004; Monti *et al.* 2006). L'esperienza della donna come figlia viene rivisitata e mobilita aspetti di identificazione con il bambino atteso, mentre le modalità attraverso le quali la madre della gestante ha vissuto le gravidanze e la maternità influenzano il come la donna vive la propria maternità. Ogni gravidanza mette in discussione gli equilibri precedenti e porta con sé il pericolo di uno scompenso, configurandosi come una fase di potenziale vulnerabilità. Recenti studi sull'animale da esperimento (Huizink *et al.*, 2004) e osservazionali sull'uomo (Field *et al.*, 2003; Buitelaar *et al.*, 2003; Ruiz, Avant, 2005; Austin *et al.*, 2005a; Davis *et al.*, 2007) hanno evidenziato un'azione diretta dello stress in gravidanza sullo sviluppo del sistema nervoso fetale con particolare riguardo agli effetti dell'esposizione a cortisolo e catecolamine associati all'alterato funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema simpatico-noradrenergico materni.

È emerso come il tasso di cortisolo materno, misurato tra le 30-32 settimane di gestazione, sia predittivo di un temperamento difficile nei bambini a due mesi di vita (Davis *et al.*, 2007) e inversamente correlato ai punteggi di sviluppo cognitivo e motorio, valutato mediante la scala di Bayley (Bayley Scales of Infant Development, BSID, Bayley, 1993), nei bambini sia a tre che a otto mesi (Buitelaar *et al.*, 2003). L'ansia rilevata a 32 settimane di gestazione è risultata predittiva di gravi problemi comportamentali nei bambini a 4 anni di età (O'Connor *et al.*, 2002) e si dimostra correlata a minore irrorazione sanguigna della regione uterina (Teixeira *et al.*, 1999). Ansia e depressione si associano a

basso peso del bambino alla nascita (Hoffman, Hatch, 2000), circonferenza cranica inferiore alla media (Lou *et al.*, 1994), complicanze ostetriche ed aumentato rischio di parto pre-termine (Dunkel-Schetter, 1998; Dayan *et al.*, 2002). Depressione e ansia possono inoltre influire sul comportamento della gestante favorendo condotte a rischio, scarsa attenzione a norme di igiene e screening prenatali, alimentazione inadeguata, consumo di alcol, fumo e stupefacenti (Lindgren, 2001). Stati ansiosi o depressivi in gravidanza persistono, infine, in un elevato numero di casi di depressione post partum (Austin *et al.*, 2007; Grant *et al.*, 2008), i cui devastanti effetti sullo sviluppo psichico infantile sono stati ampiamente documentati (Murray, Cooper, 1999; Tronick, 1999). Questi dati spostano l'attenzione verso la necessità di individuare precocemente i sintomi di disagio psicologico che insorgano nel periodo prenatale. La letteratura dimostra l'utilità di interventi di *screening* mirati ad individuare le gestanti a rischio di ansia e/o depressione (Austin *et al.*, 2005b; Edwards *et al.*, 2008) ed evidenzia l'efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per tali problematiche psichiche.

• La ricerca

Si tratta di uno studio osservazionale trasversale basato sulla rilevazione della prevalenza di sintomi ansiosi e depressivi in un campione di gestanti italiane, maggiorenni, residenti nel comune di Brescia e limitrofi, che affluiscono ai corsi di accompagnamento alla nascita o agli ambulatori ospedalieri esterni per effettuare le ecografie. Ad un campione di 241 gestanti è stata somministrata una batteria di questionari volti ad indagare: le variabili sociodemografiche, la sintomatologia depressiva, la sintomatologia ansiosa, la qualità dell'elaborazione emotiva, le caratteristiche del legame parentale interiorizzato, il sostegno sociale percepito, l'attaccamento della gestante verso il bambino atteso ed i fattori di rischio per la salute mentale perinatale. Si è scelto di

rilevare l'ansia e la depressione attraverso questionari di autovalutazione di comprovata validità e attendibilità poiché tali strumenti, di facile comprensione e rapida compilazione, sono largamente utilizzati negli studi di *screening* perinatale e forniscono *cut-off* probativi di uno stato d'ansia e/o di depressione di rilevanza clinica. Sono stati inoltre valutati aspetti psicologici, relazionali e di contesto in grado di modulare il benessere psicologico della gestante. Come indice del rapporto della donna con la propria vita emotiva è stata indagata la presenza di alessitimia (Sifneos, 1973), costruito che valuta la incapacità di riconoscere e di esprimere le emozioni e la presenza di pensiero privo di profondità fantasmatica (pensiero rivolto all'esterno).

L'alessitimia si associa a malattie psicosomatiche, patologie psichiatriche e sintomi depressivi nella popolazione generale (Honkalampi *et al.*, 2000; Solano, 2001; Caretti, La Barbera, 2005) ed in gravidanza (Le *et al.*, 2007). Il legame parentale, ovvero la rappresentazione che l'adulto ha dell'esperienza relazionale vissuta con i genitori nel periodo dell'infanzia e prima adolescenza, è stato indagato in quanto nei pazienti psichiatrici, ed in particolare nei pazienti depressi, è stato riscontrato un particolare tipo di legame parentale caratterizzato da scarsa cura ed elevato controllo (Favaretto, Torresani, 1997).

Il sostegno sociale, definito come supporto emotivo e concreto che la gestante sente di poter ricevere dai familiari, dagli amici e dal partner, è stato rilevato dal momento che è stata evidenziata l'associazione tra scarso sostegno sociale e sintomi depressivi in gravidanza (Collins *et al.*, 1993; Elsenbruch *et al.*, 2007). L'attaccamento prenatale materno, costruito relativo all'investimento affettivo della gestante verso il bambino atteso (Cranley, 1981; Condon, 1993; Muller, 1993; Della Vedova, 2005; Della Vedova *et al.*, 2008), è stato considerato poiché predittivo per la relazione di attaccamento madre-bambino (Siddiqui *et al.*, 2000). In aggiunta è stata valutata la presenza di precedenti depressivi (Johanson *et al.*, 2000), eventi stressanti nell'ultimo anno ed accettazione della gravidanza. Quest'ultimo aspetto è stato indaga-

to attraverso domande chiuse (es. era un buon momento per lei per avere un bambino; sente il partner emotivamente vicino; come si sente al pensiero di divenire madre). Si è infine scelto di rilevare il rapporto della donna con la figura materna, tra cui i ricordi della donna rispetto alle modalità attraverso le quali la madre ha vissuto le gravidanze, complicazioni della gravidanza o aborti della madre della gestante, come elementi in grado di incidere sulla rappresentazione di sé come madre.

Lo studio si propone di raccogliere dati preliminari in funzione della programmazione di piani di prevenzione miranti a valutare vari aspetti della salute mentale perinatale. A tutte le partecipanti è stato richiesto il consenso informato e l'autorizzazione a comunicare al medico curante l'eventuale presenza di punteggi delle scale psicometriche indicativi di rischio di uno stato ansioso o depressivo. Le partecipanti a rischio sono state contattate per lettera e, ove possibile, telefonicamente da parte delle psicologhe. La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico degli Spedali Civili di Brescia.

• Campione

Il campione è costituito dalle donne che hanno avuto accesso consecutivamente nel periodo tra aprile e dicembre 2007 ai corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dai consultori dell'Azienda Sociosanitaria Locale (ASL), da un consultorio accreditato (Civitas), da due strutture ospedaliere della città (Spedali Civili di Brescia e S. Orsola), o che affluivano ai Poliambulatori esterni degli Spedali Civili di Brescia per l'ecografia. I criteri di selezione del campione sono stati: nazionalità italiana, maggiore età e settimana di gestazione superiore alla ventesima. Non sono stati criteri di esclusione la presenza di una gravidanza a rischio o gemellare se al momento della compilazione non persistevano elementi di minaccia al prosieguo della gravidanza. La ricerca è stata proposta a tutte le gestanti che

hanno avuto accesso ai servizi per un totale di 398 gestanti delle quali 241 (60,06%) hanno accettato di partecipare soddisfacendo i criteri di inclusione.

I dati anamnestici e sociodemografici mancanti sono stati recuperati telefonicamente, ove possibile; nel caso delle scale psicometriche, sono state seguite le istruzioni degli autori.

• Procedure e strumenti

La ricerca è stata proposta alle gestanti in occasione del loro secondo incontro del corso di accompagnamento alla nascita o alle gestanti in attesa di esame ecografico. Le gestanti che davano il loro consenso informato, ricevevano dalle psicologhe i questionari e le spiegazioni sulle modalità di compilazione. I questionari compilati erano raccolti dalle ostetriche negli incontri successivi o rispediti tramite busta predisposta con affrancatura e indirizzo. La batteria di questionari era la seguente:

Questionario appositamente costruito per la rilevazione delle seguenti variabili: sociodemografiche, relative alla gravidanza, alla sfera riproduttiva, alla salute, ai *life events*, alle gravidanze della madre della gestante, ai vissuti della gestante verso la propria gravidanza e verso la figura materna;

- Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) (Radlof, 1977; Fava, 1981) per la valutazione della depressione, costituito da 20 item che valutano la sintomatologia depressiva su scala tipo Likert da 0 a 3 punti;
- State-Trait Anxiety Inventory, (S.T.A.I. forma Y) (Spielberger, 1983; O.S. 1989), per la valutazione della sintomatologia ansiosa, composto da due questionari da 20 item su scala tipo Likert da 1 a 4 punti: STATO-A valuta l'*ansia di stato* ovvero l'ansia percepita al momento della compilazione del questionario, TRATTO-A valuta l'*ansia di tratto* ovvero l'ansia che caratterizza la personalità del soggetto;
- Toronto Alexythymia Scale (TAS-20) (Bagby *et al.*, 1994a,b;

- Bressi *et al.*, 1996) per la valutazione dell'alessitimia, costituito da 20 item su scala tipo Likert da 1 a 5 punti;
- Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, *et al.*, 1979; Scinto *et al.*, 1999) per la valutazione del legame parentale nell'età infantile e prima adolescenza. Composto da due questionari da 25 item che valutano su scala tipo Likert da 0 a 3 punti la qualità del legame infantile rispettivamente con la madre e con il padre rispetto a due dimensioni definite *care* «cura» e *overprotection* «iperprotezione». Attraverso la combinazione di bassi e alti punteggi nelle suddette dimensioni si ricavano quattro tipi di legame parentale denominati: «costrizione affettuosa» (alta «cura» e alta «iperprotezione»), «controllo anaffettivo» (bassa «cura» e alta «iperprotezione»), «legame ottimale» (alta «cura» e bassa «iperprotezione») e «genitorialità negligente» (bassa «cura» e bassa «iperprotezione»). I cut-off indicati dagli autori sono: 27 per la «cura» materna e 14 per l'«iperprotezione» materna, 24 per la «cura» paterna e 13 per l'«iperprotezione» paterna;
 - Prenatal Attachment Inventory (PAI) (Müller, 1993; Della Vedova *et al.*, 2008) per la valutazione dell'attaccamento prenatale, costituito da 21 items che valutano su scala tipo Likert da 1 a 4 punti l'investimento affettivo materno verso il bambino atteso. Della Vedova *et al.* (2008), in studio su un campione italiano di 214 gestanti, riporta media 60.91 (D.S. 9.280) e α di Cronbach 0.869;
 - Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito (MSPSS) (Zimet *et al.*, 1988; Prezza, Principato, 2002) per la valutazione del supporto sociale percepito proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa, costituito da 12 items su scala tipo Likert a sette punti. Prezza e Principato (2002), in uno studio su campione italiano di 782 soggetti, riportano media 5.28 (D.S. 1.06) e α di Cronbach 0.880.

• Analisi statistiche e trattamento dei dati

È stato effettuato il calcolo delle statistiche descrittive di posizione e di dispersione per le variabili quantitative (media, deviazione standard, minimo e massimo e mediana nel caso di distribuzioni asimmetriche) e per quelle qualitative (frequenza assoluta e relativa percentuale). La consistenza interna dei questionari è stata valutata con il coefficiente α di Cronbach. I totali delle scale sono stati suddivisi in classi in accordo a quanto riportato in letteratura e analizzati come variabili qualitative: per la scala CES-D il punteggio ≥ 16 individua le gestanti con uno stato depressivo clinicamente rilevante, CES-D ≥ 23 indica sintomi associati al rischio di depressione maggiore; per le scale STATO-A e TRATTO-A il punteggio ≥ 40 individua le gestanti con stati d'ansia di rilevanza clinica; per la scala TAS-20 il punteggio ≥ 51 individua le gestanti con aspetti alessitimici ed il punteggio ≥ 61 quelle con alessitimia conclamata. Per le scale MSPSS e PAI, non esistendo dei cut-off italiani, è stato preso come riferimento il 25° percentile per identificare le gestanti con sostegno sociale ed attaccamento prenatale scarsi. I dati mancanti dei punteggi dei questionari sono stati trattati secondo le indicazioni degli autori. In assenza di tali indicazioni sono stati considerati i questionari con un solo dato mancante; tale dato è stato sostituito utilizzando la media del punteggio nella scala o, ove possibile, la media nella dimensione di appartenenza dell'item. Sono stati esclusi dall'analisi un questionario relativo all'ansia di stato STATO-A, 4 questionari PBI madre e 14 PBI padre per la presenza di un numero di dati mancanti superiore.

• Risultati

Caratteristiche del campione

Sono state arruolate 198 gestanti contattate presso i corsi di accompagnamento alla nascita (82.2%) di cui 48 (24.2%) fre-

quentavano un corso di coppia e le restanti 150 (75.8%) un corso per singole; altre 43 gestanti sono state individuate presso gli ambulatori per ecografia (17.8%). In totale un corso pre parto è frequentato da 212 (88%) donne

1) Variabili sociodemografiche (tabella 1)

Il campione delle 241 gestanti ha età media di 31.4 anni (media 32 anni), il 79.7% ha un titolo di studio almeno pari alla scuola media superiore, il 76.7% è coniugato e la maggior parte (97.5%) vive con il padre del bambino con il quale il 99.6% afferma di avere una relazione che dura in media da sette anni. Infine, il 92.5% delle gestanti ha un'occupazione lavorativa stabile.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche, N. = 241

Età	Media 31, 39(D.S. 4,253)	Range 21-41, Mediana 32
Scolarità	<i>Frequenze</i>	<i>%</i>
Media inferiore	30	12.4%
Qualifica professionale	19	7.9%
Media superiore	106	44.0%
Diploma universitario	19	7.9%
Laurea	61	25.3%
Specializzazione post lauream	6	2.5%
Stato civile		
Nubile	53	22.0%
Coniugata	185	76.7%
Separata/divorziata/vedova	3	1.3%
Stato familiare		
Vive con il padre del bambino	235	97.5%
Vive con la famiglia di origine	5	2.1%
Vive sola	1	0.4%
Relazione con il partner		
Relazione stabile con il partner	240	99.6%
Anni di relazione con il partner	Media 7.93(D.S. 4.500)	Range 1-23, Mediana 7
Occupazione		
Occupata	223	92.5%
Non occupata	16	6.7%
Studentessa	2	0.8%

2) Variabili relative alla gravidanza (tabella 2)

L'età gestazionale è in media di 30.8 settimane (mediana 31); la maggior parte delle donne è primipara (91.3%) con gravidanza singola nel 98.3%, cercata intenzionalmente nel 75.9% e definita a basso rischio dall'86.3% delle gestanti. Il 15.8% riporta problemi di salute nel periodo della gravidanza, il 58.1% ha sof-

Tabella 2. Variabili relative alla gravidanza. N. = 241

Settimana di gestazione	Media 30.76 (D.S. 2.974)	Range 22-38. Mediana 31
Parità		
Primipara	220	91.3%
Pluripara	21	8.7%
Rischio gravidanza (N=220)		
A basso rischio	208	86.3%
A rischio	12	5%
Tipo di gravidanza		
Singola	237	98.3%
Gemellare	4	1.7%
Pianificazione gravidanza (N=234)		
Gravidanza cercata	183	75.9%
Gravidanza capitata	51	21.2%
Problematiche della gravidanza		
Problemi di salute in gravidanza	38	15.8%
Malesse associati alla gravidanza	140	58.1%
Screening prenatali		
Ha effettuato amniocentesi	57	23.7%
Problematiche gravidanze precedenti		
Aborto spontaneo	38	15.8%
Aborto terapeutico	1	0.4%
Interruzione volontaria gravidanza	6	2.5%
Numero figli gravidanze precedenti		
Nessuno	220	91.3%
Uno	19	7.9%
Più di uno	2	0.8%
Problematiche legate alla sfera riproduttiva		
Sindromi premestruale	53	22.0%
Ciclo doloroso	58	24.1%
Amenorrea	43	17.8%
Allattamento al seno		
Desidera allattare	232	96.3%
Non desidera allattare	3	1.2%
Non sa	6	2.5%

amniocentesi. Nel 15.8% dei casi vi sono stati aborti spontanei, 1 soggetto (0.4%) riporta aborto terapeutico, il 2.5% ha effettuato un'interruzione volontaria della gravidanza. Il 22% riferisce sindrome premestruale, il 24.1% ciclo doloroso, il 17.8% ha sofferto di amenorrea ed il 96.3% desidera allattare al seno.

3) Variabili relative alla salute, ai life events, alle gravidanze della madre della gestante e rapporto con la figura materna (tabella 3)

Il 20.3% delle gestanti afferma di avere sofferto di disturbi emotivi nel corso della vita e di esse il 61.2% (pari 12.4% del totale) ha dovuto ricorrere a cure che, ove specificate, risultano essere state psicoterapia nel 43.3%, terapia farmacologica nel 30% o la combinazione di entrambe nel 23.3%.

Patologie croniche si rilevano nel 6.4% dei casi. Eventi dolorosi o traumatici nella vita passata sono riportati nel 35.3% dei casi, mentre il 37.3% riferisce eventi dolorosi o stressanti nel corso dell'ultimo anno. Il 91.3% valuta che questo era un buon momento per avere un bambino, il 98.4% sente il proprio partner emotivamente vicino ed il 98% sente un adeguato appoggio da parte della propria famiglia di origine. Relativamente alle gravidanze della madre, il 27.4% delle gestanti riferisce aborti, il 26.2% complicanze ed il 9.6% afferma che la propria madre ha vissuto male le gravidanze. Quaranta donne (16.6%) non desiderano assomigliare alla propria madre nel ruolo di madre e 21 donne (8.7%) ritengono che la loro nascita non sia stata desiderata dalla madre.

Tabella 3. Variabili relative alla salute, agli eventi della vita e ultimo anno, alle gravidanze materne. N. = 241

	<i>Frequenze</i>	<i>%</i>
Patologie		
Soffre di patologie croniche	15	6.4%
Precedenti disturbi emotivi		
Ha sofferto di disturbi emotivi in precedenza (N=240)		
Sì	49	20.3%
No	191	79.3%
Ha svolto terapia per disturbi ansioso-depressivi	30	12.4%
Eventi dolorosi o stressanti.		
Ha avuto eventi particolarmente dolorosi nella vita	85	35.3%
Ha avuto eventi dolorosi o stressanti nell'ultimo anno	90	37.3%
Vissuti della gravidanza		
Pensa che questo era un buon momento per avere un bambino	220	91.3%
Sente il partner emotivamente vicino	237	98.4%
Può contare sull'appoggio della famiglia	236	98%
Gravidanze madre della gestante		
Aborti spontanei della madre della gestante (N=232)		
Sì	66	27.4%
No	166	68.9%
Complicazioni in occasione di una qualsiasi gravidanza della madre della gestante (N=223)		
Sì	64	26.6%
No	159	66.0%
Pensa che la madre abbia vissuto male le gravidanze (N=237)	23	9.7%
Rapporto con la figura materna		
Non desidera assomigliare alla propria madre	40	16.6%
Crede che la propria madre non abbia desiderato la sua nascita	21	8.7%

4) Variabili psicologiche

4.1) Sintomatologia depressiva e ansiosa (tabelle 4, 5, 6).

I punteggi della scala CES-D (Tab. 4) si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 1 e 34 con media 10.03 (D.S. 5.706) e Cronbach's alpha 0.754. Uno stato depressivo clinicamente significativo si riscontra complessivamente in 36 gestanti (14.9%). Ventisette (11.2 %) hanno punteggi compresi tra 16 e 22, nove gestanti (3.7%) superano il cut-off di 23, indicativo di uno stato depressivo grave.

I punteggi della scala STATO-A si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 20 e 61, media 33.98 (D.S. 8.176), Cronbach's alpha 0.913. I punteggi della scala TRATTO-A sono risultati compresi tra 20 e 63, media 35.32 (D.S. 7.626), Cronbach's alpha 0.890 (Tab.5). Uno stato d'ansia clinicamente significativo si rileva in 48 gestanti (20%) relativamente all'ansia di stato e in 65 (27%) rispetto all'ansia di tratto. Complessivamente nel campione esaminato sono state riscontrate 85 gestanti (35.3%) a rischio per ansia e/o depressione (Tab.6). Quarantanove (20.3%) presentano solo ansia, 5 (2.1%) solo depressione. Ansia di tratto o stato associata a depressione si evidenzia in 31 gestanti (12.9%) mentre in 19 (7.9%) la depressione si associa sia ad ansia di stato che ad ansia di tratto.

Tabella 4. Statistiche descrittive CES-D e distribuzione del totale della scala suddiviso in classi

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili			Cronbach's
				25°	50°	75°	
CES-D	241	10.03(5.706)	1-34	6	9	13	.754
<i>Frequenze</i>							<i>%</i>
CES-D<16			205				85.1%
16 CES-D 22			27				11.2%
CES-D>22			9				3.7%

Tabella 5. Statistiche descrittive STATO-A, TRATTO-A e distribuzione del totale delle scale suddiviso in classi

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili			Cronbach's
				25°	50°	75°	
STATO-A	240	33.98(8.176)	20-61	28.5	33	38	.913
TRATTO-A	241	35.32(7.626)	20-63	30	34	40	.890
<i>Frequenze</i>							<i>%</i>
STATO-A <40			192				80.0%
STATO-A 40			48				20.0%
TRATTO-A <40			176				73.0%
TRATTO-A 40			65				27.0%

Tabella 6. Frequenze assolute e percentuali delle gestanti con totale delle scale CES-D, STATO-A, TRATTO-A superiore ai rispettivi *cut-off*

	<i>Frequenze</i>	<i>%</i>
CES-D \geq 16	5	2.1%
CES-D 16 e STATO-A 40	5	2.1%
CES-D 16 e TRATTO-A 40	7	2.9%
CES-D 16, STATO-A 40 e TRATTO-A 40	19	7.9%
STATO-A 40	10	4.2%
TRATTO-A 40	25	10.3%
STATO-A 40 e TRATTO-A 40	14	5.8%
	Tot 85	35.3%

4.2) *Alessitimia* (tabelle 7, 8)

I punteggi della scala di valutazione dell'alessitimia (TAS-20) si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 21 e 84, media 42.07 (D.S. 10.721) e Cronbach's alpha 0.801 (Tab. 7). Complessivamente 47 gestanti (19.5%) raggiungono o superano il *cut-off* di 51. Alessitimia lieve si riscontra in 31 donne (12.9%) mentre alessitimia conclamata si riscontra in 16 (6.6%). Nel 73.4% l'alessitimia si presenta associata a stati di ansia o depressione (Tab. 8); in particolare 11 gestanti (4.6%) evidenziano anche depressione, ansia di stato e ansia di tratto e 10 gestanti (4,2%) ansia di stato e ansia di tratto.

Tabella 7. Statistiche descrittive TAS-20 e distribuzione del totale della scala suddiviso in classi

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili		Cronbach's
TAS-20	241	42.07 (10.721)	21-84	34	40	49
						.801
	<i>Frequenze</i>		<i>%</i>			
TAS-20<51	194		80.5%			
51 TAS-20 60	31		12.9%			
TAS-20>60	16		6.6%			

Tabella 8. Frequenze assolute e percentuali delle gestanti con totale delle scale TAS-20, CES-D, STATO-A, TRATTO-A superiore ai rispettivi *cut-off*

	Frequenze	%
TAS-20≥51	13	5.4%
TAS-20 51 e CES-D 16	2	0.8%
TAS-20 51, CES-D 16 e STATO-A 40	2	0.8%
TAS-20 51, CES-D 16 e TRATTO-A 40	1	0.4%
TAS-20 51, CES-D 16, STATO-A 40 e TRATTO-A 40	11	4.6%
TAS-20 51 e STATO-A 40	2	0.8%
TAS-20 51 e TRATTO-A	10	4.2%
TAS-20 51, STATO-A 40 e TRATTO-A 40	6	2.5%
Tot	47	19.5%

4.3) Tipologia del legame parentale (tabelle 9, 9a)

I punteggi relativi alla scala PBI si sono così distribuiti (Tab. 9): «cura» materna in un intervallo compreso tra 3 e 36 con media 26.93 (DS 6.450), «iperprotezione» materna tra 18 e 84 con media 15.83 (DS 6.959), «cura» paterna tra 0 e 36 con media 23.34 (DS 8.032), «iperprotezione» paterna tra 0 e 39 con media 16 (DS 7.639). La tipologia del legame genitoriale è stata ricavata utilizzando i *cut-off* per suddividere le dimensioni secondo alti e bassi totali nelle dimensioni «cura» e «iperprotezione». Il legame materno risulta di tipo «controllo anaffettivo» nel 29.5%, «costrizione affettuosa» nel 29.1%, «legame ottimale» nel 24.9% e «genitorialità negligente» nel 16.5%. Il legame paterno è di tipo «controllo anaffettivo» nel 37.4%, «costrizione affettuosa» nel 30%, «legame ottimale» nel 20.3% e «genitorialità negligente» nel 12.3%. Si rileva una maggioranza di legami di tipo diverso con la madre e con il padre (Tab. 10), «legame discordante» (46.4%), mentre le combinazioni caratterizzate dallo stesso tipo di legame con la madre e con il padre si presentano come «controllo anaffettivo» nel 18.8%, «costrizione affettuosa» nel 17.4% «legame ottimale» nel 13.4% e «genitorialità negligente» nel 4%.

Tabella 9. Statistiche descrittive delle dimensioni *Cura* e *Iperprotezione* del PBI e frequenze assolute e percentuali del legame materno e paterno suddivisi in categorie

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili			Cronbach's
PBI MADRE							
«cura»	237	26.93 (6.450)	3-36	24	28	31.5	.891
«iperprotezione»	237	15.83 (6.959)	18-84	10	15	20	.868
PBI PADRE							
«cura»	227	23.34 (8.032)	0-36	18	25	30	.925
«iperprotezione»	227	16 (7.639)	0-39	11	16	20	.889
Legame materno	237		Frequenze				%
«controllo anaffettivo»			70				29,5%
«costrizione affettuosa»			69				29,1%
«legame ottimale»			59				24,9%
«genitorialità negligente»			39				16,5%
Legame paterno	227						
«controllo anaffettivo»			85				37,4%
«costrizione affettuosa»			68				30,0%
«legame ottimale»			46				20,3%
«genitorialità negligente»			28				12,3%

Tabella 9.a. Frequenze assolute e percentuali delle situazioni concordanti (padre e madre) e di quelle discordanti

	<i>Frequenze</i>	<i>%</i>
«controllo anaffettivo» - (padre e madre)	42	18.8%
«costrizione affettuosa» - (padre e madre)	39	17.4%
«legame ottimale» - (padre e madre)	30	13.4%
«genitorialità negligente» - (padre e madre)	9	4.0%
Situazioni discordanti	104	46.4%
Total	224	100%

4.4) Sostegno sociale (tabella 10)

I punteggi relativi alla scala di valutazione del sostegno sociale MSPSS (Tab.11) si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 1.5 e 7, media 5.85 (DS 0.90), mediana pari a 6 ed importante asimmetria positiva con conseguente prevalenza di punteggi ≥ 6 nel 50%. L' α di Cronbach è 0.915.

Tabella 10. Statistiche descrittive MSPSS

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili			Cronbach's
MSPSS	241	5.85 (0.90)	1.5-7	5.5	6	6.5	.915

4.5) Attaccamento prenatale (tabella 11)

I punteggi relativi alla scala di valutazione dell'attaccamento prenatale PAI (Tab.12) si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 33 e 81, media 62.52 (DS 8.645) e mediana 62. L' α di Cronbach è 0.851.

Tabella 11. Statistiche descrittive PAI

	N	Media (D.S.)	Range	Percentili			Cronbach's
PAI	241	62.52 (8,645)	33-81	56.5	62	69	.851

5) Caratteristiche delle gestanti con risultati CES-D ≥ 16 (Tabelle 12,13)

Nelle gestanti con risultati CES-D ≥ 16 l'età si distribuisce in un intervallo compreso tra 24 e 40 anni, media 30.5 (DS 4.68), mediana 30. Nel 72.2% il livello educativo è pari almeno alla scuola media superiore. La maggior parte delle donne è coniugata (72.2%), tutte hanno una relazione stabile con il padre del bambino che dura in media da 4 anni, il 97.2% vive con il padre del bambino, l'86% ha un'occupazione lavorativa, tra le donne che non lavorano vi sono due casalinghe, due studentesse, una disoccupata. La settimana di gestazione si distribuisce in intervallo compreso tra 23 e 38, media 30.86 (DS 3.270), mediana 31. Si tratta del primo bambino nel 88.9% dei casi e del secondo bambino nel 11.1%. La gravidanza è stata cercata nel 72.2% dei casi ed è capitata nel 27.8%, è singola per 34 donne (94.3%) e gemellare per 2 donne (5.7%). Il 77.8% delle gestanti definisce la propria gravidanza a basso rischio, il 5.6% a rischio e il 14% non lo sa. Sei donne non frequentano il corso di accompagnamento alla nascita (16.7%). Il 16.7% riporta problemi di salute nel periodo della gravidanza, il 77.8% malesseri associati allo stato di

gravidenza, il 13.9% ha avuto aborti spontanei, il 33.3% riferisce sindrome premestruale, il 27.8% ciclo doloroso, il 13.9% ha sofferto di amenorrea, il 19.4% ha effettuato amniocentesi. Desidera allattare il 91.7%, una donna no e 2 donne non lo sanno.

Patologie croniche sono presenti nel 14%, disturbi emotivi pregressi si riscontrano nel 38.9% delle gestanti e di esse il 71,42% ha seguito una terapia che, ove specificata, risulta essere stata: nel 28.7% un trattamento psicoterapeutico, nel 21.42% un trattamento farmacologico e nel 21.42% la combinazione di entrambi. Eventi dolorosi o traumatici nella vita passata sono riportati nel 44% dei casi mentre la percentuale di eventi dolorosi o stressanti nell'ultimo anno è pari al 63.9%. Sei donne (16.7%) ritengono che questo non era per loro un buon momento per avere un bambino, tutte le donne (100%) affermano di sentire il partner emotivamente vicino e il 97.2% si sente adeguatamente sostenuto dalla famiglia di origine. Rispetto alle gravidanze materne il 53.1% riporta aborti, il 25% complicazioni della gravidanza, nove donne (25%) affermano che la madre ha vissuto male le gravidanze, 10 donne (27.8%) affermano di non desiderare di assomigliare alla propria madre nel ruolo di madre e 7 donne (19.4%) ritengono la loro nascita non desiderata dalla madre. Stati di ansia clinicamente significativi (Tab. 13) si riscontrano come ansia di stato in 24 gestanti (66.7%) e come ansia di tratto in 26 (72.2%); tutte le gestanti con totale CES-D \geq 23 evidenziano ansia di tratto associata.

Aspetti alessitimici (TAS-20 \geq 51) si rilevano in 16 gestanti (44.4%) tra queste 8 (22.2%) hanno TAS-20 $>$ 60 e 11 (4.6%) presentano ansia di stato e di tratto associata. In 16 gestanti (44%) il supporto sociale percepito (Tab. 14) risulta scarso (inferiore al 25° percentile del campione) così come in 12 gestanti (33%) l'attaccamento prenatale è inferiore al 25° percentile del campione. Il tipo di legame parentale prevalente è di tipo «controllo anaffettivo», presente come legame materno nel 54.3% e come legame paterno nel 57.1%. Negli altri casi il legame materno è di tipo «costrizione affettuosa» nel 20%, «genitorialità negligente» nel

17.1% e «legame ottimale» nel 8.6% mentre il legame paterno risulta «costrizione affettuosa» nel 25.7%, «genitorialità negligente» nel 14.3% e «legame ottimale» nel 2.9%. La combinazione di legami parentali di tipo «controllo anaffettivo» è presente in 13 gestanti (38.2%) mentre nessun soggetto presenta «legame ottimale» con entrambi i genitori.

Tabella 12. Frequenze assolute e percentuali delle gestanti con CES-D \geq 16 con totale delle scale TAS-20, STATO-A, TRATTO-A superiore ai rispettivi *cut-off*.

	Frequenze	%
Solo CES-D 16	3	8.3%
CES-D 16 e TAS-20 51	2	5.5%
CES-D 16, STATO-A 40 e TAS-20 51	2	5.5%
CES-D 16, TRATTO-A 40 e TAS-20 51	1	2.8%
CES-D 16, TAS-20 51, STATO-A 40 e TRATTO-A 40	11	30.5%
CES-D 16 e STATO-A 40	3	8.3%
CES-D 16 e TRATTO-A 40	6	16.6%
CES-D 16, STATO-A 40 e TRATTO-A 40	8	22.2%
Tot	36	100%

Tabella 13. Frequenze assolute e percentuali delle gestanti con CES-D \geq 16 con totali delle scale TAS-20, MSPSS, PAI, PBI indicativi di alessitimia, scarsi supporto sociale e attaccamento prenatale e legame parentale tipo «controllo anaffettivo». N=36

	Frequenze	%
TAS-20>60	8	22.2%
MSPSS < 5.5	16	44%
PAI 56.5	12	33%
Legame materno tipo «controllo anaffettivo» (n=35)	19	54.3%
Legame paterno tipo «controllo anaffettivo» (n=35)	20	57.1%
Legame materno-paterno tipo «controllo anaffettivo» (n=34)	13	38.2%

Tabella 14. Frequenze assolute e percentuali delle gestanti con CES-D \geq 16 e variabili relative a gravidanza, salute, eventi stressanti e aborti della madre della gestante. N=36

	<i>Frequenze</i>	<i>%</i>
Ha sofferto di malesseri associati alla gravidanza	28	77.8%
Ha sofferto di disturbi emotivi in precedenza	14	38.9%
Ha avuto eventi dolorosi o traumatici nella vita	16	44.4%
Ha avuto eventi dolorosi o stressanti nell'ultimo anno	23	63.9%
Riporta aborti della propria madre (n=32)	17	53.1%

• Discussione

L'obiettivo di questo studio era quello di rilevare la prevalenza di sintomi di ansia e depressione in un campione di gestanti individuate presso i servizi per l'assistenza alla gravidanza di strutture pubbliche e private del comune di Brescia. La batteria di questionari utilizzati è stata considerata accettabile dalle gestanti anche se l'adesione da parte del 60% delle donne non può considerarsi elevata. Uno dei motivi per cui le donne hanno rifiutato è stato il fatto che la partecipazione non poteva essere anonima e prevedeva l'adesione alle fasi successive della ricerca.

Relativamente agli strumenti scelti per valutare la prevalenza di sintomi di ansia, depressione, alessitimia, legame parentale, supporto sociale percepito e attaccamento prenatale, i questionari somministrati hanno evidenziato una buona affidabilità rilevabile attraverso il coefficiente Alpha di Cronbach ed i valori di media e deviazione standard che non si discostano da quelli riportati in letteratura.

Il campione analizzato è costituito da gestanti con status socioeconomico e livello di istruzione medio-alti, con occupazione lavorativa stabile. L'età media di 31 anni definisce un campione di donne che vivono la maternità in una fase non giovanile, dato oramai abbastanza frequente nella società occidentale. Il corso di accompagnamento alla nascita è frequentato dalla maggior parte delle gestanti che sono per lo più primi-

pare, con gravidanza singola e a basso rischio. Le gravidanze sono state intenzionalmente cercate nei tre quarti dei casi ma il grado di accettazione della gravidanza appare elevato anche nelle gravidanze non programmate dal momento che la quasi totalità delle donne afferma che questo era un buon momento per avere un bambino.

Più della metà delle donne afferma di avere sofferto di malesseri associati allo stato di gravidanza e circa un quarto di avere effettuato amniocentesi, risultato coerente con l'età media del campione e l'indicazione di diagnosi prenatale dai trentacinque anni in su. Aborti spontanei sono riportati dal 15.8% delle gestanti in linea con la prevalenza dell'evento stimata intorno al 15-20% (relazioni ministeriali CedAP). Un quinto delle gestanti ha sofferto di disturbi emotivi in precedenza e tra queste più della metà ha svolto in quell'occasione terapia per disturbi di ansia o depressione. Questo risultato è sovrapponibile a quanto riportato in letteratura per cui una donna su cinque va incontro ad un episodio di depressione maggiore nel corso della vita, con prevalenza più alta in età fertile e in occasione delle gravidanze (Weissman, 1987; Weissman, Olfson, 1995; Orr *et al.*, 2007). La presenza di eventi percepiti come stressanti o dolorosi nell'ultimo anno in più di un terzo delle gestanti richiama l'idea che la gravidanza costituisca una fase di aumentata sensibilità della donna agli eventi i cui effetti possono interferire con il benessere della madre e del bambino.

La prevalenza di donne che hanno evidenziato alla scala CES-D punteggi ≥ 16 è pari al 14.9%. Questo risultato concorda con lo studio di Evans e collaboratori (2001) che riportano una prevalenza di sintomi depressivi in gravidanza compresa tra il 10-20%. La prevalenza delle gestanti con risultati ≥ 40 alla scala STATO-A del 20% e TRATTO-A del 27% risulta invece inferiore a quella del 33-50% riscontrata in altri studi (Lee *et al.*, 2007; Faisal-Cury A., Rossi Menezes P., 2007). La prevalenza di alessitimia nel 6.6%, è inferiore a quella riscontrata nella popolazione femminile adulta, stimata intorno all'8.2% (Honkalampi

et al., 2000). Le medie delle dimensioni del legame parentale, «cura» e «iperprotezione», risultano superiori a quelle del campione italiano (Cappelli, San Martini, 2004) rispettivamente pari a 25.64 (D.S. 7.99) e 14.55 (D.S. 7.82) per il legame materno e 21.93 (D.S. 9.37) e 13.64 (D.S. 8.20) per il legame paterno. Nel caso della scala di valutazione del supporto sociale la media appare lievemente superiore rispetto a quella del campione italiano che è 5.28 (D.S. 1.06) (Prezza, Principato 2002), analogamente per quanto riguarda l'attaccamento prenatale si rileva una media di poco superiore a quella del campione di riferimento che risulta 60.91 (D.S. 9.280) (Della Vedova *et al.*, 2008).

Benché il campione esaminato possa essere considerato privilegiato, sia per le caratteristiche sociodemografiche descritte sia poiché composto da donne in buona salute che investono affettivamente l'idea del bambino in arrivo e che possono contare su una rete relazionale adeguata, complessivamente 85 gestanti (35.3%) presentano stati di ansia o depressione clinicamente rilevanti. Tale risultato necessita di particolare attenzione se si considera la relazione dannosa che intercorre tra ansia, depressione e sviluppo fetale e dal momento che tali indici di malessere psicologico possono combinarsi con altri fattori riconosciuti come sfavorevoli per la salute mentale in gravidanza quali basso sostegno sociale, eventi stressanti, lutti o traumi, oppure insistere su situazioni già difficili come la non accettazione della gravidanza, la mancanza del partner, disturbi emotivi pregressi, difficoltà legate all'identità femminile e al rapporto con la figura materna, contribuendo al crearsi di situazioni di profondo disagio psicologico in un periodo complesso e delicato quale è quello della gravidanza. Un altro aspetto degno di nota infine è il dato che alcune gestanti evidenziano sintomi di disagio psicologico relativi a più aspetti della personalità: 11 gestanti (4.6%) superano i cut-off clinici nelle scale dell'ansia di stato e tratto, della depressione e dell'alessitimia (TAS-20 ≥ 51) mentre altre 10 gestanti (4.2%) superano i cut-off clinici nelle scale dell'ansia di stato e tratto e dell'alessitimia (TAS-20 ≥ 51).

L'analisi delle caratteristiche delle gestanti con CES-D \geq 16, seppur da considerarsi preliminare per l'esiguità e l'eterogeneità del campione, mette in luce aspetti interessanti. Le gestanti che manifestano sintomi depressivi in gravidanza evidenziano disturbi emotivi precedenti nel 38.9%, presenza di eventi stressanti nell'ultimo anno nel 63.9% ed accusano sintomi tipici della gravidanza in più dei due terzi (77.8%). In accordo con quanto emerge dalla letteratura sui pazienti depressi (Favaretto, Torresani, 1997) il legame parentale più frequente è di tipo «controllo anaffettivo», che si rileva in più della metà delle gestanti sia per quanto riguarda il legame con la madre sia per quanto concerne il legame con il padre. Nessuna di queste donne inoltre sembra avere fatto esperienza di un legame di tipo «ottimale» con entrambe le figure genitoriali e più della metà delle gestanti con stati depressivi riporta aborti della propria madre. Tale aspetto, ancora poco esplorato, merita attenzione se si considera la maternità come processo dinamico di costruzione dell'identità genitoriale nel dialogo con l'esperienza che la donna ha avuto in quanto figlia in rapporto alla figura materna e al modello di madre interiorizzato (Bibring, 1959; Stern, 1995; Solomon, George, 1996; Ammaniti *et al.*, 1995; Ferrara Mori, 2006; Monti *et al.*, 2006).

Dal momento che periodi di depressione sono la conseguenza frequente di gravidanze interrotte (Beutel *et al.*, 1992; Brier, 2008), si potrebbe pensare che le donne che riportano aborti materni abbiano fatto esperienza, nei loro primi anni o mesi di vita, della depressione materna successiva alla perdita di un figlio atteso. È noto che la depressione interferisce con la qualità delle cure materne impoverendo la relazione madre-neonato. Tale carenza, vissuta dalla donna nelle fasi più precoci dello sviluppo psichico, si rivelerebbe in seguito, come difficoltà ad attingere ad un modello materno cui rifarsi nel momento della propria gravidanza, rendendo più dolorosi e complessi i processi psicologici alla maternità.

È interessante infine notare che la prevalenza di donne con CES-D \geq 16 riscontrata nel presente campione è lievemente supe-

riore alla prevalenza di sintomi depressivi nel post partum che è pari al 12-13% (O'Hara, Swain 1996). Questo risultato suggerisce che il periodo della gravidanza, non solo il post partum, debba essere considerato con particolare attenzione riguardo alla salute mentale della donna. A tale proposito si rivela cruciale la formazione degli operatori sanitari dell'area prenatale che entrano in contatto con le donne durante le visite di *routine*. Alcune ricerche hanno esaminato con successo la possibilità che il personale sanitario e ostetrico sia formato in modo tale da individuare le gestanti a rischio nella pratica routinaria, fornire adeguato supporto e fungere da collegamento con i servizi della salute mentale (Siddiqui *et al.*, 2000). È riconosciuta infatti l'efficacia degli interventi di sostegno alla donna in gravidanza, taluni anche realizzati con mezzi semplici ed economici quali, ad esempio, colloqui telefonici svolti da personale sanitario appositamente formato (Bullock *et al.*, 1995). Risulta, infine, di grande importanza la diffusione dell'offerta dei servizi di prevenzione dedicati alla donna in gravidanza, i corsi di accompagnamento alla nascita in particolare (Baglio *et al.*, 2000; Mehdizadeh *et al.* 2005).

• Conclusioni

In questo lavoro è stata presentata l'analisi descrittiva relativa alla parte trasversale di uno studio prospettico sul benessere della donna in gravidanza e nel post partum nella popolazione bresciana. I risultati evidenziano come la prevalenza di stati di ansia e depressione clinicamente rilevanti nel periodo della gravidanza non differisca da quella riconosciuta nelle fasi successive al parto. L'analisi delle donne con CES-D \geq 16 suggerisce che alcuni fattori relazionali e di contesto siano presenti in percentuale considerevole nelle gestanti con stati depressivi; data l'esiguità del campione tali aspetti meritano di essere approfonditi in successive ricerche. In relazione a quanto emerge dalla letteratura rispetto agli effetti dell'esposizione fetale allo stress materno, i

risultati del presente studio richiamano l'attenzione sulla rilevanza di progetti di *screening* per identificare per tempo le gestanti a rischio da inviare ad opportuni interventi di supporto. Considerate le ricadute che la salute mentale ha rispetto allo sviluppo del sistema nervoso fetale, all'outcome del parto e alla relazione madre neonato, i dati emersi nel campione evidenziano che il 35.3% delle gestanti necessiterebbe di un supporto psicologico e suggeriscono che la salute mentale della donna in gravidanza sia considerata ai fini della prevenzione.

• Ringraziamenti

Si ringraziano gli operatori sanitari ed i direttori delle strutture Bresciane che hanno collaborato alla realizzazione del progetto di ricerca rispettivamente: Azienda Sociosanitaria Locale (ASL), Spedali Civili di Brescia, Ospedale S. Orsola Fatebenefratelli, Consultorio Civitas. Un ringraziamento sentito a tutte le donne che hanno partecipato alla ricerca.

- “Symptoms of anxiety and depression in pregnancy: a survey in a sample of Italian women ”

Abstract

Literature highlights that the prevalence of anxious and depressive symptoms in pregnancy is similar when not superior to that of the post partum period. Furthermore it is related to the premature birth risk, obstetrical complications, lack in the mother's prenatal care of herself and her baby and persists in a high number of cases of post partum depression. Animal experimentation and human observational studies have pointed out a relationship between maternal stress and the impairment of the fetal nervous system due to the exposition to maternal cortisol. Based on this

evidence the pre and perinatal mental health becomes a priority. The present study is a cross-sectional survey of the prevalence of anxiety and depression symptoms in pregnancy also considering the relationships and the life context of the woman. A series of questionnaires were administered to a sample of 241 Italian pregnant women to evaluate: depression (CES-D), anxiety (STAI), alexithymia (TAS-20), the quality of parental bonding (PBI), social support (MSPSS), prenatal attachment (PAI), pregnancy related variables, status of health, life events, and interpersonal relationships. Depressive symptoms ($CES-D \geq 16$) were recognised in 14.9% of the women while in 20% state-anxiety ($STATE-A \geq 40$) and in 26.97% trait-anxiety ($TRAIT-A \geq 40$) was found. The prevalence of alexithymia ($TAS-20 > 60$) was 6.6%. On the whole 85 women (35.3%) exhibited states of depression or anxiety at a clinical level. Pregnant women who scored above the clinical cut-off point of depression also showed state-anxiety in 66.7%, trait-anxiety in 72.2%, alexithymia in 22.2%, and low social support in 44% of the cases. The results draw the attention to the importance of screening programs and support intervention in pregnancy.

Key words: pregnancy; depression; anxiety; alexithymia; prenatal attachment; parental bonding; social support.

- “Sintomi di ansia e depressione in gravidanza: rilevazione in un campione di gestanti italiane”

Riassunto

La letteratura evidenzia come la prevalenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in gravidanza sia simile, quando non superiore, a quella del post partum. Essa si associa a rischio di parto pre termine, complicanze ostetriche, scarsa attenzione materna alla salute fetale e persiste in un elevato numero di casi di depressione post partum. Studi sull'animale da esperimento ed osser-

vazionali sull'uomo hanno evidenziato una relazione tra stress materno e danno del sistema nervoso fetale dovuta all'esposizione al cortisolo materno. Sulla base di queste evidenze la salute mentale pre e perinatale diviene un obiettivo prioritario. Il presente lavoro riguarda uno studio trasversale sulla prevalenza di stati di ansia e depressione in gravidanza considerando anche fattori relazionali e di contesto della gestante. Ad un campione di 241 gestanti italiane è stata somministrata una batteria di questionari per valutare: la sintomatologia depressiva (CES-D) e ansiosa (STAI), la presenza di alessitimia (TAS-20), la qualità del legame genitoriale (PBI), il sostegno sociale (MSPSS), l'attaccamento prenatale (PAI), l'andamento della gravidanza, lo stato di salute, gli eventi di vita e le relazioni interpersonali. Stati depressivi ($CES-D \geq 16$) si riscontrano nel 14.9%, ansia di stato ($STATO-A \geq 40$) nel 20% e ansia di tratto ($TRATTO-A \geq 40$) nel 26.97%. La prevalenza di alessitimia ($TAS-20 > 60$) è stata del 6.6%. Complessivamente 85 donne (35.3%) evidenziano stati depressivi o ansiosi di rilevanza clinica. Nelle gestanti con stati depressivi si rileva anche ansia di stato nel 66.7%, ansia di tratto nel 72.2%, alessitimia nel 22.2% e basso supporto sociale nel 44%. I risultati richiamano l'attenzione sulla rilevanza di programmi di screening e di interventi di supporto in gravidanza.

Bibliografia

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Austin M.P., Leader R.L., Reilly N. et al (2005a), Prenatal stress, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour, *Early Human Development*, 81:917-926.
- Austin M.P., Hazdi-Pavlovic D., Saint K., Parker G. (2005b), Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a

- psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4):310-7.
- Austin M.P., Tully L., Parker G. (2007), Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression, *J Affect Disord* 101(1-3):169-74.
- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J. (2000), Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36(4):465-78.
- Beutel M., Deckardt R., Schaudig K., Franke S., Zauner R. (1992), Grief, depression and anxiety after spontaneous abortion: a study of systematic evaluation and factors of influence, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42(5):158-66.
- Brier N. (2008), Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature, *Journal of Women's Health*, 17(3):451-64.
- Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J., (1994a), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research* 38: 23-32.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A. (1994b), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity, *Journal of Psychosomatic Research* 38: 33-40.
- Bayley N., *Bayley Scales of Infant Development*, Psychological Corp., San Antonio, Tex 1993.
- Benedek T. (1959), “Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7: 389-417.
- Bressi C., Taylor G., Parker J., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E., Allegranti I., Bongiorno A., Giberti F., Bucca M., Todarello O., Callegari C., Vender S., Gala C., Invernizzi G. (1996), Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 551-559.
- Bibring G.L. (1959), Some considerations of the psychological process in pregnancy, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 113-121.
- Buitelaar J.K., Huinzing A.C., Mulder E.J., de Medina P.J., Visser, G.H. (2003), Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants, *Neurobiology of Aging* 24 (suppl 1): 53-60.
- Bullock L.F., Wells J.E., Duff G.B., Hornblow A.R. (1995), Telephone

- support for pregnant women: outcome in late pregnancy, *New Zealand Medical Journal*, 108(1012):476-8.
- Cappelli L., San Martini P. (2004), Stile di accudimento genitoriale misurato dal *Parental Bonding Instrument* e depressione in un campione non clinico, *Rassegna di Psicologia*, 21(3): 31-57.
- Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Alessitima. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, Roma 2005.
- Cranley M. S. (1981), Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy, *Nursing research*, 30: 281-284.
- Collins N.L., Dunkel-Schetter C., Lobel M., Scrimshaw S.C. (1993), Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6):1243-58.
- Condon J.T. (1993), The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 66(2): 167-83.
- Dayan J., Creveuil C., Herlicoviez M., Herbel C., Baranger E., Savoye C., Thouin A. (2002), Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor, *American Journal of Epidemiology*, 155: 293-301.
- Davis E.P., Glynn N.M., Schetter C.D., Hobel C., Chicz-Demet A., Sandman C.A. (2007), Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6):737-746.
- Della Vedova A. (2005), Il costrutto dell' "attaccamento prenatale": una rassegna sulle attuali conoscenze, *Imago*, 12(4): 341-359.
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Imbasciati, A. (2008), Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2): 86-98.
- Della Vedova, A.M. Emozioni e gravidanza: effetti dello stress materno sul benessere fetale. In Cristini, C., Ghilardi, A. (a cura di), *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento tra mente e cervello*, Cap. 1, p.p. 1-13. Springer, 2008 in stampa.
- Deutsch, H. (1945), *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico*. Vol. 2. Tr. It. Boringhieri Torino (1957).
- Dunkel-Schetter, C. (1998), Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and neonatal medicine: the international journal of basic and clinical research and practice*, 3:39-42.

- Edwards E., Galletly C., Semmler-Booth T., Dekker G. (2008), Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, south Australia. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 42:51-55.
- Elsenbruch S., Benson S., Rücke M., Rose M., Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC (2007), Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3):869-77.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001), Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323(7307):257-60.
- Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. (2007), Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1):25-32.
- Fava G.A. (1982), Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi. In Canestrari, R. (a cura di), *Nuovi Metodi in Psicomatria*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Favaretto E., Torresani S. (1997), Il legame genitoriale come fattore predittivo dello sviluppo di disturbi psichiatrici in età adulta. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6(2):124-38.
- Ferrara Mori, G. (2006), L'esperienza interiore della maternità. In La Sala, G.B., Iori, V., Monti, F., Fagandini, P. (a cura di), *La "normale" complessità del venire al mondo*. Guerini Studio, Milano.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Khun C., Yando R., Bendell D. (2003), Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17: 140-151.
- Grant K.A., McMahon C., Austin M.P. (2008), Maternal anxiety during the transition the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108(1-2):101-11
- Hoffman S., Hatch M. (2000), Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancy of lower social class women. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6):535-543.
- Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamäki (2000), Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1):99-104.

- Huizink A. C., Mulder E. J. H., Buitelaar J.K. (2004), Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*, 130(1): 115-142.
- Johanson R., Chapman G., Murray D., Johnson I. Cox J. (2000), The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 21(2):93-7.
- Le H.N., Ramos M.A., M?noz R.R. (2007), The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2):215-22.
- Lee D.T.S., Chung T.K.H. (2006), Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research in Clinical Obstetric and Gynaecology*, 21(2):183-191.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY (2007), Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110(5):1102-12.
- Lindgren K. (2001), Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24:203-217.
- Lou H. C., Hansen D., Nordentoft M., Pryds O., Jensen F, Nim J., Hemmingsen R. (1994), Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36: 826-832.
- Mastella M. (2004), Nascita del figlio e dinamica della coppia: una prospettiva psicoanalitica. In Arfelli Galli, A., Galli G. (a cura di), *Interpretazione e nascita. La nascita dei genitori – la nascita del figlio*. Pisa, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
- Mehdizadeh A., Roosta F, Chaichian S., Alaghehb andan R. (2005), Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology*, 22(1):7-9.
- Monti F, Agostini F. (2006), *La depressione post-partum*. Carocci, Roma
- Monti F, Fagandini P, Agostini F, Vettori D., La Sala G.B. (2006), La complessità della nascita: genitorialità e modalità di parto. In La Sala G.B., Iori V., Monti F, Fagandini P. (a cura di), *La “normale” complessità del venire al mondo*. Guerini Studio, Milano.
- Muller M.E.(1993), Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2):199-215.

- Murray L., Cooper P. (1999), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC, Edizioni Internazionali, Roma.
- O'Connor T.G, Heron J., Glover V., et al. (2002), Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12):1470-7.
- Orr S.T., Blazer D.G., James S.A., Reiter J.P. (2007), Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16(4): 535-542.
- Parker G., Tupling H., Brown L.B. (1979), A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52: 1-10.
- Prezza M., Principato M.P. (2002), La rete sociale e il sostegno sociale. In *Conoscere la comunità* Prezza M., Santinello M. (a cura di), cap. 8, p.p. 193-234. Il Mulino Bologna.
- Radloff L.S. (1977), The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.
- Ruiz R.J., Avant K.C. (2005), Effects of Maternal Prenatal Stress on Infant Outcome. *Advances in Nursing Science*, 28(4):345-355.
- Scinto A., Marinangeli M.G., Kalyvoka A., et al. (1999), Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermatrice. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8(4): 276-283.
- Siddiqui A., Hagglof B., Eisemann M. (2000), Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1):13-25.
- Sifneos P. (1973), The prevalence of Alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics*, 22: 255-262.
- Solano L. (2001), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Solomon J., George C. (1996), Defining the caregiving system: towards a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal* 17: 183-197.
- Stern D. (1995), *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Spielberger C.D. (1989), *S.T.A.I. Inventario per l'Ansia di Stato e di Tratto*. Forma Y. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Spielberger C.D. (1983), *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*, Palo Alto, C. A., Consulting Psychologist Press.

- Teixeira J.M.A., Fisk N.M., Glover V. (1999), Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study, *British Medical Journal*, 318:153-157
- Tronick E.Z. (1999), *Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione degli stati di coscienza diadici*, in Murray L., Cooper P. (eds.), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC, Edizioni Internazionali, Roma.
- Weissman M.M (1987), Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression, *American Journal of Public Health*, 77:445.